

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N°

551

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Denise BACH

Née le 20 Juillet 1913, à VOUZIERS (Ardennes)

Considérations
sur l'orientation rationnelle
de la lutte anti-tuberculeuse

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Denise BACH

Née le 20 Juillet 1913, à VOUZIERS (Ardennes)

Considérations
sur l'orientation rationnelle
de la lutte anti-tuberculeuse

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1940

Doyen TIFFENEAU.

I. — Professeurs

Anatomie.	MM. ROUVIERE. Léon BINET. STROHL. POLONOVSKI. Robert DEBRE. BRUMPT. BAUDOUIN. PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Physiologie	MONDOR.
Physique médicale.	LEROUX.
Chimie médicale.	CHAMPY.
Bactériologie.	TIFFENEAU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	AUBERTIN.
Pathologie et thérapeutique générales	TANON.
Pathologie médicale.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale.	LEVY-VALENSI.
Anatomie pathologique.	Henri BENARD.
Histologie.	CHIRAY.
Pharmacologie et matière médicale.	ABRAMI.
Thérapeutique.	FIESSINGER.
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	RATHERY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEREBOULETT.
Pathologie expérimentale et comparée.	NOBECOURT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	LAIGNEL.
Clinique médicale.	LAVASTINE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNEO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses	GREGOIRE.
Clinique chirurgicale.	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique.	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVY-SOLAL.
Clinique thérapeutique médicale	MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	HARVIER.
Clinique propédeutique.	LEMAITRE.
Clinique de la Tuberculose	Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	VILLARET.
Clinique cardiologie	TROISIERS.
Clinique de neuro-chirurgie.	MATHIEU.
Assistance médico-sociale.	LAUBRY.
Professeurs sans chaire.	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DEGREZ (H.).. Physique.
BARIETY	DESOILLE Médecine légale.
BERNARD Et.	DIGONNET Obstétrique.
BESANÇON (J.)	DOGNON
BONNET	FEVRE
BOULANGER	FUNK-
BOULIN	BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
BROUET	GALLIARD Parasitologie.
BULLIARD	GARCIN
CACHERA	M ^{lle} GAUTHIER-
CORDIER	VILLARS.. Anatomie pathologique.
COSTE	GAYET
COUVELAIRE (R.)	DE GENNES Pathologie médicale.
DELARUE	GIROUD
DELAY	HAGUENAU Pathologie médicale.

MM.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL .. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale
LEMAIRE Pathologie expérimentale
LENEGRE Pathologie médicale.
LEVY (M^{me} J.).. Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET Pathologie médicale.

MM.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT
DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
RENARD Ophtalmologie.
RICHEF Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN Pathologie médicale
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUENIOT Obstétrique.

MM.
HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
LE LORIER Obstétrique.
NEVEU
LEMAIRE.. Parasitologie.
VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
ALAJOUANINE.
BRULE
CATHALA
HABROL
CHEVALLIER..
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
HUGUENIN
LAROCHE (G.).
LIAN
MOREAU
PIEDELIEVRE.
SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.
BASSET
BROCC
CADENAT
GATELIER
DE GAUDART..
D'ALLAINES.
LEVEUF
MOULONGUET.
MOURE
QUELLEU
 } Clinique chirurgicale
ECALLE
METZGER
PORTES
VIGNES
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552809_0017

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MON FIANCE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ MIGNOT
Médecin-Chef de Service à l'Hôpital d'Argenteuil

Qui nous a prodigué ses conseils
au cours de l'élaboration de ce
travail.

Témoignage de notre profonde
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE GRISSAC
Médecin-Chef de l'Hôpital d'Argenteuil

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. GROS
Médecin de l'Hôpital d'Argenteuil

A MESSIEURS LES DOCTEURS DE L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Considérations sur l'orientation rationnelle de la lutte anti-tuberculeuse

INTRODUCTION

La lutte anti-tuberculeuse, en France, date environ d'une quarantaine d'années. Son histoire peut être divisée en deux périodes.

La première période commence en 1903 avec la création de la Commission permanente de Préservation contre la Tuberculose, présidée par Léon Bourgeois et aux travaux de laquelle ont collaboré de grands médecins, tels que P. Brouardel, Grancher, L. Landouzy, A. Robin, etc: c'est l'époque de l'élaboration de la doctrine.

La seconde période s'étend depuis la guerre de 1914 jusqu'à nos jours: c'est l'ère des réalisations. Elle est marquée par le vote de deux lois capitales: la loi Léon Bourgeois sur les dispensaires, du 15 avril 1916, et la loi Honnorat sur les sanatoriums, du 7 septembre 1919. Ces deux lois ont été, avec l'aide de la Commission Rockefeller et du Comité national de Défense contre la Tuberculose, le point de départ des divers organismes de la lutte anti-tuberculeuse moderne, dont l'ensemble constitue, suivant l'expression de L. Landouzy, l'Armement antituberculeux français.

Après vingt ans d'application de ces lois, il convient d'examiner si les résultats obtenus sont en rapport avec les efforts dépensés et les sacrifices consentis et si certaines notions nouvelles n'impliquent pas des modifications dans l'orientation de la lutte antituberculeuse actuelle.

C'est la question que s'est posée, dans une intéressante communication à l'Académie de Médecine, le 28 février 1938, le Professeur F. Bezançon et qui préoccupe, à juste titre, tous les phthisiologues.

Malgré tous les progrès réalisés dans sa prophylaxie, la tuberculose reste toujours un des plus grands fléaux de l'humanité. C'est une maladie très répandue et très grave, qui atteint toutes les sociétés humaines et frappe toutes les nations dans les sources vives de leur activité et de leur production. En France chaque année, elle est responsable de plus de 100.000 décès. Aussi, on a le devoir de se demander si la voie dans laquelle on s'est engagé est réellement et complètement efficace et s'il n'y aurait pas lieu de lui apporter des perfectionnements et d'envisager l'adjonction d'autres moyens de défense contre l'extension du mal.

Dans le drame de la tuberculose, il faut, en effet, considérer deux facteurs de grande importance: le GERME et le TERRAIN, l'agent agresseur et l'organisme envahi. Entre les deux, c'est une question de force. Sans doute, le bacille est la condition nécessaire indispensable, mais pas toujours suffisante de la maladie. Sans bacille, pas de tuberculose, mais pour que

la tuberculose-infection devienne tuberculose-maladie, il faut un terrain propice à son développement. Depuis de longues années, le Professeur E. Sergent s'est attaché, dans ses publications et son enseignement, à démontrer l'importance du terrain dans l'évolution de la tuberculose. « On ne fait pas pousser du blé sur un roc... Si bien faites que soient les semilles, si belle et si généreuse que soit la graine, la germination et la moisson ne seront fructueuses que si le sol ensemencé est propice, fécondable et fertile », a-t-il souvent répété. Cette notion a fini par s'imposer à l'esprit des médecins et n'est plus contestée par personne.

Or, jusqu'à nos jours, il semble que dans la lutte contre la tuberculose, on se soit surtout et presque uniquement préoccupé du bacille. La prophylaxie a été essentiellement édifiée sur la contagion. Sans doute cette conception est logique et légitime, elle doit être conservée et développée; mais il est non moins légitime de penser que les mesures anti-contagionistes sont à elles seules insuffisantes à assurer à la lutte anti-tuberculeuse, une complète efficacité.

Aussi, sans bouleverser ses anciennes directives fondamentales, cette lutte doit compléter son orientation et viser un double but: le combat contre la contagion et la défense du terrain.

Nous n'avons pas la prétention d'aborder ici, dans toute son ampleur, le vaste et complexe problème de la lutte anti-tuberculeuse. Il a été magistralement traité dans des ouvrages récents, parmi lesquels nous

citerons, en France, ceux de Et. Burnet, de G. Brouardel et J. Arnaud, de Et. Bernard, etc.

Notre ambition est beaucoup plus modeste. Nous voulons seulement, dans cet essai, apporter quelques réflexions qui nous ont été inspirées par nos lectures et par l'observation des faits dans une importante cité industrielle de la banlieue parisienne.

Les mesures destinées à enrayer l'extension de la tuberculose peuvent être schématiquement ramenées à quatre :

- 1° La Préservation de l'enfance;
- 2° Le Dépistage de la maladie et des sources d'infection;
- 3° Le Traitement des malades et leur isolement;
- 4° La Défense du terrain.

Nous allons, à propos de chacun de ces moyens, développer quelques considérations sur les modifications et les perfectionnements susceptibles, à notre avis, d'y être apportés.

CHAPITRE PREMIER

LA PRESERVATION DE L'ENFANCE

La tuberculose est une maladie essentiellement contagieuse, surtout pour l'enfant, et il faut s'efforcer par tous les moyens, d'éviter ou de diminuer cette contagion. C'est donc surtout l'enfant qu'il faut protéger dès la naissance, selon le principe de Grancher.

VACCINATION

La méthode idéale de protection est la vaccination anti-tuberculeuse du nourrisson et de l'enfant. C'est la méthode de prophylaxie de l'avenir. Elle a été réalisée par Calmette et Guérin avec le B.C.G. La valeur de cette vaccination est encore discutée et on ne peut apporter que des conclusions provisoires sujettes à revision.

L'opinion générale est que le B.C.G., vaccin vivant, mais fixé, ne peut jamais recouvrer sa virulence et causer une affection tuberculeuse. Certains auteurs cependant estiment que ce vaccin, sans jamais pouvoir redevenir pathogène, est parfois très mal supporté par les nourrissons, rend leur croissance plus difficile et diminue leur résistance générale. Pour les

uns, la vaccination par le B.C.G. doit être pratiquée seulement chez les enfants nés en milieu contaminé ou suspect. Pour d'autres, elle doit s'appliquer à tous les nouveau-nés, quelque soit le milieu auquel ils appartiennent.

Quoi qu'il en soit, il importe de vacciner correctement. La voie buccale est souvent inopérante et son efficacité est difficilement contrôlable. Actuellement, il semble préférable de vacciner par voie sous-cutanée, même les nouveau-nés, entre le 7^e et le 11^e jour, en ayant soin d'isoler l'enfant dès sa naissance de tout contact tuberculeux pendant un à trois mois. La durée de la prémunition n'est pas encore très nettement fixée; avant de revacciner, on pratiquera une cuti-réaction. On ne revaccinera jamais un sujet à cuti-réaction positive et cette même règle s'applique quand il s'agit de vacciner pour la première fois un grand enfant ou un adolescent.

L'efficacité de la vaccination par le B.C.G. paraît évidente et on est en droit de fonder sur elle les plus grands espoirs.

SÉPARATION DE L'ENFANT

La séparation complète de l'enfant dès la naissance dans les milieux contagieux et son placement familial à la campagne, sont actuellement un des moyens les plus puissants de la préservation infantile et ont donné de merveilleux résultats. Ils sont réalisés par deux œuvres: l'*Œuvre Grancher* et l'*Œuvre du placement familial des tout-petits* de L. Bernard et Debré.

C'est à Grancher que revient le mérite d'avoir conçu, en 1903, l'idée de la séparation des enfants du foyer infecté et de leur placement en milieu sain, en créant l'Œuvre qui porte son nom et qui fonctionne depuis plus de trente-cinq ans avec des résultats merveilleux. L'enfant sain provenant de parents tuberculeux, est placé dans une famille de paysans sains, va à l'école du village et est aiguillé plus tard vers une profession agricole. L'Œuvre Grancher prend des enfants de 3 à 12 ans. Elle possède de nombreuses filiales dans les divers départements et même à l'étranger.

Cette œuvre présentait une lacune en laissant en dehors d'elle les enfants de moins de trois ans. Pour la combler, L. Bernard et R. Debré fondèrent, en 1921, l'œuvre du placement familial des tout-petits. Dès la naissance, le nourrisson est séparé de la mère tuberculeuse d'une manière absolue et envoyé en nourrice à la campagne dans des familles de paysans soigneusement choisies et surveillées par le médecin du centre; les foyers de nourricières sont groupés autour d'un dispensaire de puériculture avec infirmières visiteuses, biberonnerie, local pour la consultation médicale et petite infirmerie avec chambres d'isolement. Vingt ans d'expérience ont confirmé la haute valeur de cette œuvre dont des filiales ont été créées en France et à l'étranger.

Comme y a insisté le Professeur Courmont, cette séparation devrait être un principe rigoureux dans les maternités, où il faudrait l'appliquer dès la pre-

mière heure, lorsque la mère est contagieuse. Elle a été réalisée à Paris par le Professeur L. Bernard qui, à la clinique de la tuberculose, a organisé une maternité spéciale pour mères tuberculeuses, de façon à protéger le nouveau-né, en même temps que la mère, avant et après l'accouchement. Cette initiative heureuse devrait être encouragée et imitée partout.

Un troisième moyen pour préserver l'enfant des dangers de la contamination a été expérimenté par Küss et Rist: *le logement sanatorial*. Ces phtisiologues ont logé d'une manière spacieuse dans un groupe d'immeubles aménagés spécialement à Paris, dix-huit familles de tuberculeux avec leurs enfants, sous la surveillance quotidienne d'une infirmière-visiteuse, le tuberculeux contagieux étant isolé dans une chambre à part et l'hygiène lui étant enseignée. Il n'y a eu aucune contamination dans ces 18 familles. Ce résultat est à retenir.

CHAPITRE II

LE DEPISTAGE PRECOCE

Le dépistage précoce des malades est à la base de la lutte médico-sociale contre la tuberculose. Malheureusement, malgré les efforts tentés dans ce but, un grand nombre de tuberculeux échappe à ce dépistage par suite de la négligence des individus ou de leur ignorance. Il arrive trop souvent encore que les malades se présentent au médecin à un stade tardif de leur évolution, alors qu'ils ont déjà contaminé leur entourage et semé autour d'eux de nouveaux foyers de contagion. Nombreux aussi sont les tuberculeux qui s'ignorent, porteurs de lésions latentes, torpides, mais cependant contagieuses. Aussi importe-t-il d'aller à la recherche des tuberculeux pour leur offrir les plus grandes chances de guérison et pour diminuer les risques de la contamination.

Les DISPENSAIRES, qui constituent le pivot de notre organisation anti-tuberculeuse et l'organe essentiel de la lutte contre le bacille, sont les instruments essentiels de ce dépistage précoce. C'est là leur rôle primordial. Pour leur donner toute leur valeur, on a très justement proposé depuis quelques années, tant en France qu'à l'étranger, d'étendre leur champ d'action et de

l'améliorer par la généralisation des examens systématiques, à la fois cliniques et radiologiques, des individus et des collectivités.

Au premier rang il faut placer, comme champ d'investigation, l'*entourage des malades*. La tuberculose est une maladie essentiellement familiale. L'examen de ces contacts familiaux a une très grande importance pour découvrir en temps utile les tuberculoses occultes et les sources de la contagion. En Hollande, en Angleterre, en Allemagne, on s'est attaché particulièrement à les poursuivre de façon méthodique. Nous signalerons le travail du dispensaire modèle de Stettin qui examine une à trois fois par an la famille directe des morts par tuberculose et ceci pendant dix ans. Puis leurs serviteurs, employés, amis, proches, etc... et s'il s'agit d'un maître, toute la classe.

L'*enfance* et l'*adolescence* sont aussi des âges où le dépistage doit être très sévère et il serait utile d'organiser les examens méthodiques et répétés de tous les écoliers, collégiens, lycéens et élèves des grandes écoles. Les apprentis doivent être l'objet d'une attention minutieuse. Les étudiants, particulièrement les étudiants en médecine, doivent être régulièrement surveillés. Il en est de même des élèves infirmières. En France, ces examens systématiques sont déjà en vigueur et ont donné des résultats très satisfaisants.

Les grandes collectivités publiques et privées, industrielles et commerciales, bancaires et sportives ont le devoir de soumettre leurs collaborateurs à des visites de dépistage de la tuberculose. En France, ces

examens sont déjà assez répandus dans beaucoup de grandes entreprises. L'Etat lui-même a donné l'exemple en soumettant obligatoirement tous les candidats aux fonctions publiques à la visite préalable d'un médecin phthisiologue assermenté. Il en est de même du dépistage dans l'armée qui, depuis 1934-1935, est généralisé à toute la France. Le dépistage dans la marine est aussi obligatoire et le Ministre de la Marine a décidé la création dans chaque port d'un centre de phthisiologie pour la surveillance régulière des équipages et du personnel à terre, centres qui devront travailler en étroite liaison avec les organismes civils de la lutte anti-tuberculeuse.

Il y a *des individus plus spécialement menacés* par leur genre de vie ou les métiers insalubres qu'ils exercent: de ce nombre sont le personnel des services de tuberculeux et des maisons de cure, les postiers, les coiffeurs, les cafetiers, les restaurateurs, les boulangers, les blanchisseurs, le personnel hôtelier et domestique enseignant.

Enfin, il est un âge de la vie où l'on ne prend pas assez garde à la tuberculose, c'est *la vieillesse* et c'est une observation fréquente que de voir toute une famille tuberculisée par un aïeul atteint d'une bronchite chronique parfaitement tolérée, mais qui expectore des bacilles en abondance exerçant autour de lui de véritables ravages.

Outre ce rôle essentiel de dépistage, le dispensaire est aussi un centre de triage, un centre de prophylaxie, un centre de surveillance et un centre d'assis-

tance sociale pour lesquels il rend d'immenses services.

Le rôle du dispensaire comme centre de thérapeutique est beaucoup plus discutable. Dans la conception primitive, le dispensaire devait borner son activité au dépistage, à la prophylaxie et à l'assistance et ne donner des soins qu'aux seuls indigents.

Dans la suite, cette conception fut modifiée et on accorda aux dispensaires, sous certaines réserves, le droit de faire acte de thérapeutique.

Avec le Professeur Bezançon, nous estimons que cette fonction ne lui appartient pas. « Le dispensaire antituberculeux, le dispensaire de prophylaxie, a-t-il écrit, comme l'avait si bien conçu Calmette en 1902, reste toujours la base fondamentale de notre armement à condition qu'il ne verse pas dans la thérapeutique et qu'il se cantonne le plus possible dans son rôle de dépistage de l'infection tuberculeuse. » Cela est surtout vrai pour la collapsothérapie. La création du pneumothorax artificiel au dispensaire doit être condamnée, car le pneumothorax ambulatoire est une méthode imparfaite, qui ne doit être pratiquée que dans des circonstances exceptionnelles. En effet, le pneumothorax à son début exige, pour être rapidement et complètement efficace, le repos absolu du malade pendant un certain temps. L'expérience a montré que l'avenir d'un pneumothorax dépend des six premiers mois et mieux encore de la première année de son entretien. La tuberculose pulmonaire est, en effet, une maladie générale qu'un

traitement uniquement local ne suffit pas à combattre. Comme l'a dit Forlanini, le tuberculeux porteur d'un pneumothorax artificiel est « un malade de serre chaude » ; les conditions de résistance du terrain jouent un rôle considérable dans la défense de l'organisme contre le processus de tuberculisation. Or, ces conditions sont d'autant mieux assurées que les mesures d'ordre hygiéno-diététique sont plus sûrement réalisées. Aussi nous estimons que la création et l'entretien des pneumothorax par les dispensaires devraient être interdites. Cette intervention devrait être réservée aux services et hôpitaux spécialisés de phthisiologie, aux hôpitaux-sanatoriums et aux sanatoriums. Nous ferons une exception pour les cas relativement rares, où il n'existe pas dans le pays ou la région proche un établissement hospitalier susceptible de recevoir le malade et outillé pour pratiquer sans délai la collapsothérapie.

Le traitement n'est pas la prophylaxie; il ne peut être qu'une partie de la prophylaxie. Avec le regretté L. Guinard, nous pensons qu'il ne doit être qu'une exception, dans le cas de force majeure, la fonction sociale prophylactique appartenant au dispensaire, la fonction isolement et la fonction traitement appartenant aux hôpitaux et aux sanatoriums.

Bien entendu, il devrait y avoir une intime coordination entre ces divers instruments de la lutte anti-tuberculeuse. Nous estimons que, dans tous les cas où cela est possible, le dispensaire devrait être annexé à un hôpital spécialisé ou à un service spécia-

lisé dans un établissement hospitalier. Le dispensaire Léon-Bourgeois, annexé aux services de phtisiologie de l'hôpital Laënnec, est un exemple à imiter dans l'intérêt des malades et du rendement des organisations antituberculeuses.

CHAPITRE III

LE TRAITEMENT ET L'ISOLEMENT DES MALADES

Si les dispensaires sont l'instrument essentiel de la prophylaxie, *les hôpitaux de tuberculeux, les services spécialisés et les sanatoriums* sont l'armature de la lutte thérapeutique. « La lutte antituberculeuse, a-t-on écrit, s'oriente de plus en plus vers la thérapeutique. » Si, en effet, pendant longtemps, avant l'avènement de la méthode de Forlanini, les efforts thérapeutiques étaient souvent vains, il n'en est plus de même aujourd'hui. Pour pouvoir faire bénéficier les malades des méthodes modernes, il faut posséder avant tout un nombre suffisant de lits. Malheureusement, malgré les louables efforts faits pour y remédier, nos ressources sont encore inférieures à nos besoins. Aussi convient-il de multiplier le nombre des hôpitaux de tuberculeux, des services spécialisés et des sanatoriums et de réaliser cette œuvre d'après un plan d'ensemble mûrement réfléchi.

En dehors de leur rôle d'isolement et thérapeutique, les hôpitaux et les services spécialisés de phthisiologie, pourvus d'un outillage technique moderne et d'une direction médicale qualifiée, doivent être aussi des centres de triage. Nous estimons que ce

rôle leur appartient bien plus qu'aux dispensaires. En effet, les malades hospitalisés peuvent être régulièrement suivis, mis en observation rigoureuse. La possibilité de pratiquer des examens cliniques, radiologiques et biologiques répétés permet de préciser la forme anatomo-clinique de la maladie, la tendance évolutive et les possibilités thérapeutiques. Tous ces éléments étant déterminés, le tuberculeux peut recevoir ainsi une direction judicieuse et, s'il y a lieu, placé dans un sanatorium de cure, qui devrait être choisi, suivant les places disponibles, par le médecin qui a examiné et suivi le malade.

La loi Honnorat, promulguée en 1919, a imposé à chaque département l'obligation d'organiser un sanatorium public. Actuellement, à part quelques exceptions, les prescriptions de cette loi ont été réalisées. Ajoutons à ces établissements obligatoires la construction d'un certain nombre de sanatoriums dus à l'initiative privée, à des œuvres philanthropiques ou à des administrations.

Tout le monde reconnaît maintenant l'importance de la cure sanatoriale et, il y a quelques années, l'Académie de Médecine sanctionnait par son vote unanime les conclusions du Professeur Sergent, proclamant que la cure sanatoriale doit rester la base fondamentale du traitement de la tuberculose pulmonaire. Cependant les progrès accomplis dans le traitement de la tuberculose ont entraîné des réformes dans la conception de la cure sanatoriale, qu'il nous faut envisager.

Jadis, en effet, l'idée d'une sélection rigoureuse était à la base de la conception des initiateurs de la cure sanatoriale. On distinguait deux catégories de malades : les tuberculeux curables à lésions bénignes et limitées et les tuberculeux incurables, bacillifères, à lésions ouvertes et étendues. Les premiers seuls étaient admis dans les sanatoriums, où ils étaient soumis uniquement à la cure hygiéno-diététique. « Le sanatorium, écrivait Landouzy, est un instrument de cure; un organe antituberculeux, rationnel, de prompt secours, qui doit pouvoir s'offrir aux poitrinaires nouvellement atteints. C'est une maison scientifiquement agencée, une machine d'hygiène thérapeutique faite pour ouvrager si on peut dire avec un maximum de rendement certaines catégories de tuberculeux curables, par suite expressément choisis parmi les seuls susceptibles de guérison ou d'amélioration. »

Sous cette forme restrictive, le sanatorium excluait la grande majorité des tuberculeux, notamment les sujets atteints de formes évolutives graves et particulièrement dangereux pour leur entourage et ne pouvait donner que des résultats très médiocres, hors de proportion avec les sacrifices consentis.

Aujourd'hui, le sanatorium doit devenir non seulement pour le tuberculeux au début, mais pour tous ceux qui ne sont pas des grabataires, la maison de cure, le centre de traitement, tel qu'il a été défini par F. Bezançon, où ils puissent bénéficier de toutes les méthodes phtisio-thérapeutiques modernes. Loin d'ex-

clure les tuberculeux bacillifères, le sanatorium recevra les tuberculeux, quels qu'ils soient, justiciables de ces méthodes. D'après E. Burnet, dans la plupart des sanatoriums de tous les pays, la proportion des sujets bacillifères est de 70 à 75 %.

Ainsi compris, le sanatorium moderne est un établissement de cure ou, si l'on veut, un centre de traitement dans lequel doivent se trouver réunis, sous la direction d'un médecin qualifié et dans un site approprié, tous les moyens médicaux et chirurgicaux qui constituent actuellement l'arsenal de la thérapeutique antituberculeuse.

Nous devons dire un mot de la façon dont l'organisation et la répartition des sanatoriums peuvent être envisagées.

La nécessité de créer des centres de thérapeutique antituberculeux urbain et suburbain ne paraît pas contestable. La création de services spécialisés dans les hôpitaux périphériques et de véritables hôpitaux-sanatoriums convenablement outillés ayant à leur tête des médecins qualifiés s'impose. Ces services spécialisés doivent avoir un triple rôle : de triage, d'hospitalisation et de traitement; ils servent d'intermédiaires entre le dispensaire et le sanatorium véritable.

Mais ces services et établissements suburbains ne sauraient dispenser de la création de sanatoriums bien outillés, situés dans des conditions climatiques favorables, placés sous la direction d'un médecin compétent et consciencieux, en mesure d'appliquer

avec la cure hygiéno-diététique toutes les méthodes médico-chirurgicales actuellement en vigueur.

Le développement de cette organisation sanatoriale met en présence deux conceptions différentes, qui ont chacune leurs partisans.

Les uns préconisent la construction d'établissements isolés sans lien entre eux, proches des villes qu'ils desserviront, dans chaque région du pays, aboutissant à la complète dispersion des établissements de cure : c'est la formule née de la loi Honnorat et complétée par un décret du 30 mai 1932. Les défenseurs de cette conception font valoir des arguments d'ordre financier, des avantages procurés par le caractère régional du sanatorium et des facteurs d'ordre moral.

A la formule du sanatorium isolé et régional s'oppose celle du groupement sanatorial réalisée depuis longtemps à l'étranger et seulement ébauchée en France. Elle comporte la création dans quelques lieux bien choisis, au climat privilégié, de véritables stations sanatoriales. Un tel groupement organisé offre d'incomparables avantages matériels, moraux et scientifiques, aussi bien pour les malades que pour les médecins. Cette conception nous paraît bien supérieure à la formule du sanatorium départemental et à nos préférences.

Ajoutons qu'à son rôle thérapeutique dont la valeur n'est guère contestée, le sanatorium joue un rôle éducateur et prophylactique indiscutable. Comme l'a écrit J. Morin, « la vraie solution pour la prophylaxie de la tuberculose est donnée par l'hospitalisation des tuberculeux. »

Pour remédier à l'encombrement des sanatoriums et à la lenteur des placements, il convient de n'y envoyer que les malades vraiment susceptibles de bénéficier des thérapeutiques actives, dont nous disposons actuellement. C'est dire qu'il faut en éliminer les petits tuberculeux, convalescents d'hémoptysies à bacilloscopie négative et à signes radiologiques discrets, les convalescents de pleurésie, les vieux tuberculeux fibreux relativement stabilisés, plus bronchitiques chroniques et emphysémateux que, en réalité, tuberculeux. Pour ces catégories de malades, il faudrait avoir des maisons de convalescence moins coûteuses que les véritables sanatoriums et envisager pour les derniers des placements dans des établissements spéciaux, comme il en existe pour les autres maladies chroniques.

Le Préventorium. — Le préventorium, d'après la définition acceptée par la Commission de Préservation contre la Tuberculose, est un établissement où l'on reçoit des enfants contaminés, c'est-à-dire par conséquent à cuti-réaction positive, présentant des formes frustes ou occultes de tuberculose. Cette formule exclut du préventorium les formes évolutives de tuberculose, ainsi que les enfants dont la cuti-réaction est négative et non-infectés. C'est un établissement de cure et non pas seulement une maison de repos. Il ne doit pas être assimilé à des œuvres telles que les colonies de vacances, les écoles de plein air. Il n'est pas seulement réservé aux enfants et peut admettre quelques adultes. On y enverra les conva-

lescents de pleurésies apyrétiques, dont l'épanchement est résorbé, les tuberculeux porteurs de lésions cicatricielles qui ont besoin d'une cure de repos surveillée pour consolider leur état, les sujets au passé entaché de tuberculose et présentant sans raison plausible de la fatigue, de la fièvre, un fléchissement important de l'état général. La sélection des malades est très délicate et réclame un examen approfondi.

Le préventorium, maison de cure, doit être dans son ensemble, avec de notables différences, organisé comme un sanatorium, et avec les mêmes possibilités de pratiquer avec méthode la cure hygiéno-diététique sous une surveillance médicale compétente.

Certains préventoriums, comme l'a montré L. Bernard, doivent être spécialement aménagés pour recevoir des nourrissons.

L'assistance post-sanatoriale. — Cette question a depuis longtemps préoccupé des phthisiologues et les hygiénistes, mais n'a encore reçu aucune solution pratique. Elle se heurte aujourd'hui plus que jamais à des difficultés multiples d'ordre à la fois économique et social et aussi psychologique. Elle a été l'objet de nombreux travaux que nous ne pouvons citer. Parmi eux, nous retiendrons particulièrement le rapport de F. Dumarest et de ses collaborateurs, présenté le 20 juin 1937 à la Journée Médicale d'Hauteville.

La réadaptation au travail doit se faire, de l'avis de tous, d'abord au sanatorium et commencer par une réadaptation à l'effort sous surveillance médicale attentive et d'une façon progressive. En France,

huit sanatoriums possèdent déjà de petits ateliers de réadaptation.

Quand le malade aura été réadapté à l'effort au sanatorium, il devra se réadapter en dehors de cet établissement dans le milieu urbain et familial; c'est une période de transition qui exige une surveillance attentive. La plupart du temps, les tuberculeux guéris ou améliorés ne pourront pas reprendre leur ancien métier dans les mêmes conditions qu'avant leur maladie. Il leur faudra encore un réentraînement à leur profession, qui pourra s'effectuer sous trois formes différentes : soit dans des ateliers spéciaux de réadaptation, soit dans des ateliers industriels ordinaires, soit à domicile.

Mais dans certains cas le malade ne pourra reprendre son ancienne profession pour des raisons diverses : soit parce que insalubre, soit parce que trop fatigant; il lui faudra apprendre un autre métier; ce sera une œuvre de rééducation et de réadaptation.

Quoi qu'il en soit, la réadaptation professionnelle doit se poursuivre sous la *surveillance médicale*. Celle-ci sera assurée par le dispensaire, qui le plus souvent connaît depuis longtemps l'ancien malade, a contribué à son placement en sanatorium et a surveillé sa famille.

A cette œuvre de réadaptation au travail est liée l'assistance post-sanatoriale, destinée à apporter un secours supplémentaire aux anciens tuberculeux, qui la plupart ne peuvent assumer qu'un travail réduit. Cette assistance sera l'œuvre des Associations agréées d'hygiène sociale, des Assurances sociales et des municipalités.

CHAPITRE IV

LA DEFENSE DU TERRAIN

Nous venons d'envisager les divers moyens de lutter contre le bacille. Il est juste de reconnaître que la lutte antituberculeuse, telle qu'elle a été conçue et organisée depuis vingt ans en combattant surtout la contagion, a donné des résultats incontestables. Les notions nouvelles concernant la primo-infection tuberculeuse en sont une preuve indiscutable. D'après la conception classique, la contagion sévissait surtout dans l'enfance et était relativement rare chez l'adulte; on admettait que la plupart des tuberculoses de l'adulte étaient dues au réveil de lésions contractées dans l'enfance et demeurées latentes. On considérait que le nombre de cuti-réactions positives croissait avec l'âge et atteignait de 90 à 97 % au début de l'âge adulte.

Les travaux des auteurs scandinaves et américains, bientôt confirmés dans tous les pays, ont montré que cette proportion n'était plus exacte et que 30 et même 40 % de jeunes adultes avaient des cuti-réactions négatives, si bien que beaucoup de tuberculoses de l'adolescent seraient des primo-infections tardives.

Comme l'a fait remarquer E. Rist, ce problème de

la primo-infection de l'adulte, qui se pose aujourd'hui, résulte directement des mesures que l'on a prises depuis trente ans contre la primo-infection de l'enfant. C'est une preuve de l'efficacité des mesures prises contre la contagion en même temps que leur justification et en quelque sorte leur récompense. Seulement, ajoute-t-il, cela pose de nouveaux problèmes qu'il faudra bien résoudre. C'est aussi l'opinion du Professeur Marfan, qui estime, en effet, qu'on n'a fait que déplacer le problème de la prophylaxie antituberculeuse et qui se demande si, en le déplaçant, on ne l'a pas compliqué. « Par ces mesures préservatrices, écrit-il, n'a-t-on pas soustrait l'enfant à une contamination légère qui lui aurait donnée l'immunité parce qu'elle serait produite à une période de la vie favorable à cette immunité ? Mais, ajoute-t-il, il faut voir qu'une nouvelle question surgit. »

Sans doute, tout le monde est d'accord qu'il ne faut pas abandonner les mesures prophylactiques prises vis-à-vis de l'enfant et de l'adulte, mais tout en admettant que la diminution du nombre des cuti-réactions positives chez les jeunes gens tient pour une bonne part aux mesures d'hygiène antituberculeuse spéciales prises dans ces dernières années, il ne faudrait pas oublier cependant que le problème est beaucoup plus complexe et que le déclin de la courbe de mortalité par tuberculose a débuté bien avant l'ère des mesures prophylactiques, au moment où l'on a commencé à se préoccuper de l'hygiène du travail, du logement, de l'alimentation.

La valeur des mesures générales destinées à l'amélioration du terrain et au renforcement des moyens de défense de l'organisme vis-à-vis du bacille est, en effet, reconnue depuis longtemps. Déjà en 1902, le Professeur A. Robin, dans une conférence sur la lutte contre la tuberculose, estimait inefficace et dangereuse la voie unique dans laquelle on engageait la lutte antituberculeuse en constatant le rôle prépondérant accordé à la contagion et le peu de place assigné aux autres facteurs. Il insistait sur l'importance des mesures générales visant l'amélioration des conditions matérielles de l'existence, celles de l'alimentation, la réglementation du travail, la lutte contre l'alcoolisme, et il terminait ainsi : « Non, ce n'est pas à coups de bâtisses et d'argent qu'on vaincra la maladie, mais bien par une stricte application des lois existantes, par une indispensable réglementation nouvelle et par l'amélioration du sort des travailleurs. »

Trente-cinq ans après, le Professeur F. Bezançon, faisant écho à ces paroles, montrait l'importance des mesures d'ordre général s'adressant au terrain et rappelait que la diminution de la mortalité est favorisée par tous les progrès qui ont amélioré les milieux. « La valeur des mesures spéciales ou directes consiste en ce qu'elles accélèrent la régression que d'autres forces sociales déterminent. On ne doit jamais l'oublier si l'on veut placer la lutte antituberculeuse sur sa véritable voie », et il ajoute : « Pour assurer efficacement la lutte contre la tuberculose, il faut être convaincu à la fois de l'importance primordiale de

la contagion et du rôle des causes secondes, soit comme facteur favorisant de l'infection, soit comme cause d'éclatement de la tuberculose-maladie chez les porteurs de vieilles lésions de tuberculose latente. »

Théoriquement, la destruction du bacille est la solution idéale, mais, en pratique, il faut bien avouer qu'il est difficile d'empêcher le bacille d'envahir l'organisme, car on ne sait pas encore exactement comment il l'envahit. Lutter uniquement contre le bacille, c'est-à-dire vouloir le détruire complètement, est une entreprise impossible, car, malgré tous les perfectionnements du diagnostic clinique, de la radiologie et du laboratoire, un grand nombre de tuberculeux échappent encore à l'examen. L'isolement complet de tous les malades est irréalisable, et, du reste, les établissements d'isolement tels les hôpitaux et les sanatoriums sont condamnés par les règlements administratifs et peut-être aussi par la force des choses à ne garder leurs malades qu'un temps relativement limité. Enfin, on ne peut empêcher, par humanité, beaucoup de tuberculeux graves de revenir mourir chez eux et de constituer ainsi une source importante de contagion.

Aussi, puisque nous ne pouvons pas, dans l'état actuel de nos connaissances, supprimer complètement le bacille et éviter son entrée dans l'organisme humain, ne faut-il pas considérer un peu moins le bacille et davantage cet organisme ? En effet, tant que le germe sommeille chez un sujet résistant, il reste

inoffensif; il ne devient dangereux que lorsque la résistance du terrain fléchit. Or, parmi les causes qui provoquent cette défaillance, les facteurs individuels n'entrent que pour une petite part. La société, par contre, fournit constamment à chacun de nous des occasions de cette défaillance.

Aussi, nous pouvons soutenir après bien d'autres que la tuberculose est au premier chef une maladie sociale, entretenue par tous les facteurs sociaux défavorables et combattue par tous les facteurs sociaux bienfaisants.

Plusieurs exemples permettent d'illustrer cette affirmation. Nous savons, en effet, que dans quelques pays déjà, la tuberculose diminue, notamment chez les peuples scandinaves et en Grande-Bretagne. Or, les mesures anticontagionistes contre le bacille dans ces différentes nations sont sensiblement les mêmes que dans notre pays, où la tuberculose n'a pas encore manifesté une véritable régression. Fait curieux à signaler, le Danemark est un des rares pays d'Europe où les dispensaires n'existent qu'en très petit nombre et il est cependant celui où la maladie a été le plus efficacement combattue. C'est que dans aucun pays les progrès de l'hygiène générale n'ont été aussi grands qu'au Danemark.

L'exemple de l'Angleterre n'est pas moins suggestif. Il existe sans doute une organisation antituberculeuse très étudiée, mais nulle part aussi le souci du bien-être général n'est aussi développé depuis de longues années.

Un exemple non moins frappant nous est fourni par *la tuberculose des noirs*, qui a donné lieu récemment à une intéressante communication à l'Académie de Médecine du Professeur F. Bezançon et E. Arnauld. Pendant longtemps, on a pensé que les nègres étaient les victimes de contagions massives et offraient à la tuberculose un terrain absolument vierge incapable de se défendre contre l'agression du bacille. Or, comme l'ont fait remarquer ces deux auteurs, cette conception doit être entièrement révisée : « On retrouve en effet, écrivent-ils, chez des noirs en état d'allergie des tuberculoses extrêmement graves, en étudiant la mortalité des nègres qui travaillent dans les mines du Sud de l'Afrique, où ils ne sont pas cependant transplantés hors de leur continent et qui réagissent à la tuberculine avec la même fréquence que les Européens. Si la mortalité est chez eux élevée, ce n'est pas le fait de la transplantation, mais le fait du changement de vie qui leur est imposé. Le nègre habitué à vivre libre au grand air ne s'adapte pas au travail de la mine, aux conditions souvent déplorables de la nourriture et du logement. »

Ces constatations, faites en Afrique, correspondent aux observations des médecins américains, dont l'expérience est considérable puisque 12 millions de nègres vivent aux Etats-Unis. Des Américains ont trouvé que les cuti-réactions positives sont aussi fréquentes chez les nègres que chez les blancs, et cependant la tuberculose présente sans aucun doute chez le noir

une gravité plus grande. En reprenant l'étude de la mortalité chez les noirs d'Amérique, au temps de l'esclavage et pendant les deux premiers tiers du xix^e siècle, on est étonné de voir qu'elle y était modérée, tout au plus égale à celle des blancs; la grande mortalité n'apparaît qu'avec la libération des nègres, elle atteint le double, le triple, voire dans les villes le quadruple et même davantage de la mortalité chez les blancs. On se l'explique par le changement survenu aux habitudes des nègres, obligés de modifier leur manière de vivre, quittant les grands domaines ruraux où leurs propriétaires les entretenaient avec soin, pour mener dans les grandes agglomérations urbaines une vie misérable faite surtout de privations.

On peut rapprocher de ces faites les constatations signalées sur les nègres du camp de Fréjus. On sait que ce camp fut désastreux pour les noirs qui vinrent en France au début de la guerre de 1914. Or, il a suffi que le Service de Santé, instruit par l'expérience, ait pris non seulement des mesures sérieuses au dépistage systématique des sujets tuberculisés et à leur isolement, mais se soit surtout préoccupé de l'acclimatement des Sénégalais, de leur fournir une nourriture abondante et appropriée, de leur donner des vêtements chauds, des dortoirs chauffés, de surveiller leur entraînement, en un mot de supprimer pour eux tous les inconvénients des changements de vie, pour que les désastres observés il y a vingt ans ne se reproduisent plus.

Ces quelques exemples montrent que la lutte antituberculeuse ne se ramène pas uniquement aux diverses mesures qui s'attaquent au bacille, mais est inséparable de l'hygiène générale. Comme l'écrivait très justement le Suédois Neander, « le déclin de la mortalité est favorisé par tous les progrès qui ont amélioré le milieu. Tout ce qu'on a fait pour élever le niveau de la vie, pour améliorer l'hygiène du logement et du mode de vie, pour le progrès de l'instruction et de l'éducation a contribué à faire un milieu défavorable à la tuberculose et même a constitué une défense contre elle, la défense par la civilisation ».

Tous ces exemples montrent le rôle capital que joue dans le développement de la tuberculose l'hygiène générale et la place importante, jusqu'ici trop méconnue, dans la lutte antituberculeuse, des mesures qui modifient favorablement la résistance de l'organisme vis-à-vis de l'infection bacillaire. Ils justifient cette opinion du Professeur Bezançon: « La grande mortalité par tuberculose est avant tout une question sociale et c'est en partant de cette notion nouvelle qu'il faut entreprendre la lutte contre la mortalité tuberculeuse. »

L'influence du terrain étant ainsi reconnue, nous allons envisager les divers moyens à mettre en œuvre pour renforcer sa résistance et assurer sa défense victorieuse contre l'agression du bacille.

Ces moyens, d'ordre essentiellement social, concernent l'habitation, l'alimentation, l'organisation rationnelle de l'activité et le surmenage moral.

L'Habitation. — L'amélioration du logement est une partie importante de l'hygiène générale; de plus, le logement est un facteur indirect de la contagion tuberculeuse et agit en outre par son influence psychologique et morale. Dans tous les pays, on s'en est préoccupé. Si l'Angleterre est la nation où la mortalité tuberculeuse a commencé le plus tôt à décroître, on attribue le mérite aux progrès sociaux qu'elle a réalisés et pour une grande part à la politique du logement qu'elle a suivi depuis plus d'un siècle et qu'elle a pratiquée à la fin de la guerre de 1914 avec une vigueur accrue. La France a suivi son exemple et a fait de très grands efforts, malheureusement encore trop insuffisants. « La lutte contre le taudis, écrivait le Professeur Bordet en 1930, doit figurer au programme des œuvres antituberculeuses comme l'un de ses articles principaux. Le taudis est funeste parce qu'il favorise la dissémination des bacilles tuberculeux; c'est essentiellement la tuberculose qui constitue le danger du taudis. » Sans doute certains hygiénistes ont objecté qu'il y avait des taudis sans tuberculose et Juillerat lui-même a parlé de l'inutilité complète des efforts et des sacrifices consacrés à la suppression des taudis en ce qui concerne la tuberculose. Mais, suivant l'expression de Burnet, « le logement est pour le tuberculeux une sorte de résonateur ».

On peut définir *le taudis* en trois mots : c'est un logement insalubre, surpeuplé. C'est pour beaucoup une chambre étroite dans une maison sordide où plusieurs personnes y vivent dans une complète misère.

En réalité, le taudis n'est pas qu'un local ni forcément un local. Une rue étroite bordée de vieilles maisons tassées les unes contre les autres, sans lumière et sans soleil, comme on peut en voir dans certains quartiers des villes ou de leur banlieue, n'offre pas des conditions d'hygiène beaucoup plus satisfaisantes. Le taudis n'est pas uniquement un local, car dans certaines maisons neuves on trouve à côté d'appartements hygiéniques et bien tenus de véritables taudis dus à la négligence, à la pauvreté et surtout à l'accumulation d'un trop grand nombre d'habitants pour un cube d'air insuffisant. Dans ces maisons d'apparence hygiénique et confortable, trop souvent les loges de concierge et les chambres du personnel constituent de véritables taudis par leur exiguité, leur absence d'aération, de lumière et de soleil. Fischer a posé en principe qu'un logement sain devait satisfaire aux conditions suivantes : 20 mètres cubes d'air pour un adulte, 10 pour un enfant; surface des fenêtres par rapport à la surface du logement, au moins un dixième; pas de lit dans la cuisine; water-closet pour chaque famille; loyer ne dépassant pas 20 % du salaire. On juge ainsi le rôle capital de l'aération constamment renouvelée. Si bien que chaque fois que l'air sera mis dans l'impossibilité de se renouveler, il y aura un taudis. Même s'il ne suffit pas seul à provoquer le développement de la tuberculose, il favorisera puissamment la transformation de la tuberculose-infection en tuberculose-maladie.

Si on admet que le taudis est surtout caractérisé

par l'absence d'air constamment renouvelé, on s'aperçoit que la Société, malgré ses efforts pour les combattre, crée tous les jours des taudis, et que ceux-ci n'existent pas seulement dans de vieux immeubles où l'on couche. Il y a des taudis partout, des taudis où l'on travaille, des taudis où l'on circule, des taudis où l'on s'amuse.

Nous devons insister ici sur les loges des concierges, qui sont trop souvent *exiguës* et *malsaines*, même dans les maisons neuves ou riches; elles sont obscures, sales, malodorantes, trop petites pour abriter impunément toute une famille. Il en est de même des chambres sous les toits mal aérées par les fenêtres à tabatière et livrées à toutes les intempéries. Que dire aussi de ces cabanes, de ces barraques en bois, des ces roulottes qui, malgré la démolition, se voient encore à la périphérie de Paris et qui sont des taudis les plus sordides.

La lutte contre le taudis ne doit pas se borner au taudis où l'on couche. Il y a en effet des taudis où l'on travaille, où l'on s'amuse et qui ne sont pas les moins dangereux. Les sous-sols de certains grands magasins modernes, privés d'air et de lumière, où s'entassent un grand nombre de personnes, ainsi que certaines arrière-boutiques obscures et humides, ne sont-ils pas des taudis insalubres ?

De même, il est aisé de concevoir que les salles de cinéma, de café, des bars où, pendant de longues heures, on vit dans une atmosphère viciée, sont des nids de tuberculose.

On cherche à éloigner les bacilles en isolant les porteurs de germes. Mais on laisse subsister et on multiplie les circonstances qui permettent à l'organisme jusque-là résistant de succomber à l'attaque des germes qu'il porte en lui.

L'étude comparée de la répartition du pourcentage par 1.000 habitants des décès causés par la tuberculose pulmonaire et des mal logés montre une dépendance frappante entre les conditions du logement et le développement de la maladie. Le rapport étroit qui existe entre le taudis et la mortalité par tuberculose est indéniable.

Cette notion étant admise, quelles mesures ont été prises pour en combattre les funestes conséquences ? Jusqu'à la guerre de 1914, aucune mesure sérieuse ne fut prise, sauf le vote d'un crédit de 5 millions qui devait être affecté à la démolition des parties les plus contaminées. En 1919, le Conseil Municipal demanda une enquête qui porta sur vingt-cinq ans, elle aboutit à la découverte de 17 îlots insalubres. On décida la construction de 20.000 logements qui, en réalité, ne furent occupés par les locataires des taudis que dans la proportion de 3 % (soit environ 5.500 sur 180.000 habitants).

Sans doute un effort a été fait par l'Office public d'Habitation du département de la Seine, aux environs de Paris ; d'autre part, on a édifié, depuis une dizaine d'années, environ 200.000 nouveaux logements, mais, il faut bien le reconnaître, la plupart ont un loyer trop élevé pour les habitants des taudis.

En comparant ce qui a été entrepris en Angleterre, notre effort semble bien faible. Depuis 1922, dans ce pays, on a construit deux millions huit cent mille logements et un crédit de 88 milliards de francs a été attribué à ces constructions (c'est-à-dire dix fois plus que nous).

En U.R.S.S., pour l'année 1936 par exemple, une somme de onze milliards de francs environ a été prévue. En Italie, à Rome en particulier, des quartiers autrefois les plus insalubres, grâce aux travaux de ces dernières années et aux mesures prises pour la construction de nouveaux immeubles, sont devenus les plus sains de la ville.

Il semble qu'en France on se heurte surtout à des difficultés d'expropriation et il serait bon de prendre exemple sur l'Angleterre, qui possède depuis 1935 une loi qui interdit l'habitation d'un logement de une pièce par plus de deux personnes, un logement de deux chambres par plus de trois personnes et surtout prévoit une amende pour le propriétaire en cas de non observation de la loi. Il serait souhaitable que nous possédions une loi entraînant les mêmes sanctions.

Selon l'expression de Broenning, « un logement sain est déjà par lui-même un petit sanatorium ».

Le logement n'est pas seulement insuffisant dans les grandes villes. Les taudis sont nombreux même à la campagne où les maisons sans fenêtre, sans air et sans soleil ne sont pas rares et constituent de véritables foyers permanents de tuberculose. Le

grand nombre habituel des enfants dans chaque famille entraîne le surpeuplement et la promiscuité où ils vivent augmente les chances de la contagion. Les départements bretons sont particulièrement peu favorisés à cet égard. Le Docteur Triollet cite un exemple, le Morbihan, département très peuplé de 540.000 habitants, pauvre dans son ensemble et qui paye chaque année un lourd tribut à la tuberculose. « C'est, dit-il, un département où l'on naît beaucoup, mais où l'on meurt beaucoup. » Dans certaines régions, l'absence de parquet ou carrelage et la présence de sol en terre battue, les lits clos, les fenêtres minuscules et surtout la cohabitation avec les animaux à peine séparés des habitants constituent des conditions déplorables au point de vue de l'hygiène générale et spéciale.

L'Alimentation. — Nous prendrons encore comme exemple celui du Morbihan que nous a fait connaître le Docteur Triollet pour ce qui concerne l'insuffisance de l'alimentation. Il faut évidemment tenir compte de la crise économique qui sévit actuellement, mais on doit aussi reconnaître que les habitudes et l'ignorance culinaire des ménagères en sont responsables. Le menu journalier des classes ouvrières et rurales est habituellement composé de bouillies de blé noir ou de froment, de pommes de terre et de soupe au lard; la viande et le poisson en font rarement partie; le pain est parfois remplacé par des crêpes ou des galettes de blé noir; dans la région de Lorient, les bouillies sont remplacées par le café; le

cidre, dont on connaît le rôle décalcifiant, est la boisson habituelle. Le régime des écoliers est particulièrement déficient, les enfants habitant souvent loin de l'école se nourrissent à midi d'un bol de soupe préparée par une femme du village et d'une tartine de beurre ou de confiture. La ration alimentaire est donc nettement insuffisante en général.

La nourriture devra donc être suffisamment abondante, mais surtout saine. Il faut donc assurer un salaire vital minimum pour éviter la sous-alimentation, mais il est aussi indispensable de faire l'éducation du public pour le convaincre de la nécessité d'une alimentation saine. Les repas hâtivement préparés et souvent insuffisants favorisent par les troubles digestifs qu'ils occasionnent et l'amaigrissement qui en résulte l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

Il convient aussi de souligner les dangers que font courir au malade l'abus de certains régimes de restrictions systématiques; ceux-ci favorisent souvent le réveil ou l'éclosion de la tuberculose.

A l'alimentation est lié le problème de *l'alcoolisme*. Il est classique de dire que l'alcool fait le lit de la tuberculose et on cite l'aphorisme d'un vieil auteur : « Le plus grand danger de l'alcoolisme, c'est la tuberculose. » Cependant, quelques médecins ont tendance actuellement à nier cette influence; cet optimisme nous paraît injustifié. Il existe des statistiques qui montrent un parallélisme indiscutable entre la consommation de l'alcool et la phtisie. La tuberculose

décime les habitants des villes et des départements où l'alcoolisme sévit d'une façon intense. Certains départements, tels que le Morbihan, la Seine-Inférieure, en sont des exemples frappants.

Le Travail. — Les conditions de travail ont aussi une grande importance. Il est certain que dans certaines branches de l'activité, la diminution des heures de travail et les congés, lorsqu'ils sont bien employés, constituent vis-à-vis de la défense contre la tuberculose un progrès social certain.

Les absences pour maladies aiguës et les congés pour maladies de convalescence soulèvent parfois des difficultés qu'il conviendrait de résoudre. Dans d'autres cas, certains employés ou ouvriers ne veulent pas arrêter leur travail dans la crainte de perdre leur place. Atteints de grippe, de bronchite, ils ne prennent aucun repos et continuent leurs obligations habituelles. Il n'est pas rare de voir une tuberculose pulmonaire évolutive succéder à une grippe dans ces conditions. La législation devrait s'opposer au renvoi d'un employé ou d'un ouvrier dans ces conditions et lui garantir la reprise de son poste.

Chez les enfants et les écoliers, le surmenage scolaire est aussi un facteur qui n'est pas à négliger et on doit leur assurer un travail méthodique d'où soit banni tout effort prolongé et entrecoupé de récréations.

Mais si le travail doit être réglementé, *les loisirs* n'échappent pas non plus à cette exigence. Ils seront consacrés aussi souvent que possible à l'éducation

physique, aux sports et jeux de plein air et au tourisme. On a fait récemment un gros effort dans ce sens. Tous les enfants doivent bénéficier de vacances bien réglées au cours de l'année scolaire, en plein air à la campagne, à la montagne ou à la mer, suivant leur état de santé. Mais encore convient-il que le sport et l'éducation physique soient pratiqués sous le contrôle médical. Il n'est pas rare de constater l'éclosion de la tuberculose chez de jeunes sujets victimes d'un entraînement exagéré et dépassant les limites de leur résistance. Sous cette réserve l'aération continue, les sports et les jeux en plein air doivent devenir un moyen puissant de lutter dans l'enfance et l'adolescence contre la tuberculose.

Le Surmenage moral. — A côté du surmenage physique, il faut considérer aussi le surmenage moral, qui depuis longtemps a été considéré comme un facteur primordial dans l'éclatement de la tuberculose. Il est classique d'invoquer à ce sujet l'opinion de Laënnec, qui avait souligné l'influence néfaste des « passions tristes » sur le réveil ou l'éclosion de la tuberculose. « Parmi les causes occasionnelles de la phtisie pulmonaire, écrivait-il, je n'en connais pas de plus certaines que les passions tristes, surtout quand elles sont profondes et de longue durée. » Et ailleurs il ajoute : « C'est peut-être à cette raison seule qu'il faut attribuer la fréquence plus grande de la phtisie pulmonaire dans les grandes villes : les hommes, y ayant des rapports plus nombreux entre eux, y ont par cela même des causes de chagrins plus fréquen-

tes et plus profondes, les mauvaises mœurs et la mauvaise conduite en tous genres y étant plus communes, c'est souvent la cause de regrets amers qu'aucune consolation et que le temps même ne peuvent adoucir. »

Ce facteur psychique et moral n'est contesté par personne. De nombreux auteurs modernes tels que Rist, Bezançon et ses élèves, P. Braun et Frey-Ragu, en ont souligné l'importance. Ces deux derniers auteurs y ont particulièrement insisté dans une étude publiée en 1930 dans la *Presse Médicale* et y sont revenus en 1937 dans une importante communication faite à la réunion des Médecins des Sanatoriums du Jura et des Alpes françaises. Ils ont attiré l'attention sur les conditions psycho-sociales dans lesquelles se trouve le sujet au moment de l'éclatement de la maladie ou dans la période qui la précède et sur la constitution psychique fondamentale de l'individu, susceptible d'expliquer le retentissement plus ou moins important que les événements extérieurs accidentels exercent sur lui. Pour eux, ce facteur moral est presque constant et joue un rôle décisif dans la transformation de la tuberculose-infection en tuberculose-maladie. « En multipliant nos observations précises à ce sujet, écrivent-ils, nous pouvons aujourd'hui affirmer de plus en plus que quelle que puisse être la cause apparente provocatrice de l'incident tuberculeux on trouve toujours parallèlement un trouble important qui se produit dans la sphère psychique, dans la sphère morale de l'individu qui va

devenir tuberculeux. » Ce trouble est le plus souvent d'ordre affectif, mais peut aussi être le résultat d'ambitions déçues, de difficultés professionnelles, de responsabilités augmentées, de désaccords familiaux, de chagrins de toutes sortes.

On connaît aussi et on a récemment attiré l'attention sur elle, la tuberculose des prisons et des maisons de correction. Or, il semble bien que le terrain qui succombe devant les bacilles s'affaiblisse beaucoup moins par suite d'une mauvaise hygiène ou d'une alimentation défectueuse que par suite de l'accablement où sont plongés les détenus, l'absence de réconfort moral et même la sévérité du règlement, souvent impitoyable, qui leur est appliqué (H. Molard).

Il y a plus encore : les simples terreurs peuvent créer la tuberculose, comme Laënnec l'avait fait remarquer probablement le premier à propos de l'observation d'une communauté religieuse de femmes qu'il suivit pendant dix ans.

Enfin, ce facteur moral joue un rôle moins apparent, mais aussi chez les enfants et même chez les nourrissons.

Ces notions n'ont pas qu'un intérêt doctrinal, mais comportent aussi une sanction pratique d'ordre prophylactique et thérapeutique. Le médecin, le phthisiologue, les hygiénistes, les infirmières sociales ne doivent pas le méconnaître et s'en inspirer dans leur tâche pour apporter au malade et à son entourage un soutien moral, permettant d'aplanir certaines dif-

ficultés et d'apporter la sérénité et la confiance. Chez les enfants, et surtout s'il s'agit d'enfants de milieux suspects, c'est en intervenant dans le sens de l'hygiène générale, aussi bien mentale et morale qu'intellectuelle, c'est en se préoccupant des conditions sociales, familiales et économiques où se trouve l'enfant au moment de l'âge scolaire bien plus qu'en se préoccupant du programme de ses études que le phtisiologue pourra faire œuvre de prévention utile.

Enfin, le rôle de la guerre sur le développement de la tuberculose apparaît avec évidence. Les statistiques de chaque nation publiées après 1918 montrent l'influence terrible que la guerre de 1914 exerça sur tous les peuples, non seulement belligérants, mais aussi neutres. La maladie augmenta de 13 % en Angleterre, de 30 % en Hollande, de 70 % en Allemagne, de 35 % en Italie, etc... On trouva là réunis tous les facteurs sociaux qui favorisent le développement de la tuberculose, tels que la sous-alimentation, les fatigues physiques et les émotions morales.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose est une maladie sociale que la Société a le devoir de combattre par tous les moyens en son pouvoir. Ces moyens doivent viser un double objectif : la lutte contre la contagion et la défense du terrain.

II. — Jusqu'à nos jours, la lutte antituberculeuse a été surtout anticontagionniste et a donné des résultats importants. Elle doit être continuée et amplifiée dans cette voie par le perfectionnement des moyens dont elle dispose :

- le dépistage précoce systématique dans toutes les collectivités;
- la multiplication des hôpitaux et services spécialisés;
- l'annexion des dispensaires à ces services spécialisés;
- la création de grands centres sanatoriaux dans des régions privilégiées;
- le développement des œuvres de post-cure.

III. — La défense du terrain, qui a été trop négligée, mérite d'être sérieusement envisagée dans l'avenir. Elle consiste dans l'amélioration des conditions d'hygiène générale. Elle devra avoir pour objet :

- l'amélioration qualitative et quantitative de l'alimentation;
- la suppression des taudis de tous genres, à la ville et à la campagne;
- la réglementation du travail et des loisirs;
- la suppression du surmenage moral.

IV. — Ce qui manque le plus actuellement à la lutte antituberculeuse, c'est l'utilisation rationnelle des divers organismes institués pour l'assurer, la coordination des efforts et l'insuffisance des mesures concernant la défense du terrain.

Pour lui assurer toute son efficacité, il convient dorénavant d'associer dans un juste équilibre les moyens de l'hygiène spéciale à ceux de l'hygiène générale et d'établir un plan national de lutte contre la tuberculose. C'est une œuvre de gouvernement à laquelle doivent collaborer des hommes compétents et désintéressés, médecins, hygiénistes, techniciens, animés du seul souci du bien général. C'est pour l'Etat un devoir social, car il s'agit de lutter contre l'un des fléaux les plus meurtriers de l'humanité.

Vu :

LE DOYEN :

TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

TANON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAUD-DELILLE (P.-F.) et LESTOCQUOY (Ch.). — Etiologie et prophylaxie de la tuberculose infantile. *Revue de Médecine*, octobre 1925.
- ARNOULD (E.). — Le rôle des réinfections exogènes à l'égard de la tuberculose des adultes. *Presse Médicale*, 14-17 février 1940.
- AURIACOMBE. — *Thèse*, Paris, 1933.
- BASSE-PARTON. — Le problème du taudis. *Thèse*, Paris, 1938.
- BENDA (R.) et MOLLARD (H.). —
- BERNARD (R.). — Le moral des tuberculeux dans un service d'hôpital. *Hauteville Médical*, février 1938.
- De la tuberculose. Infection à la tuberculose-maladie. *Gazette Médicale de France*, 15 décembre 1938.
- Tuberculose et médecine sociale (1938).
- Le placement des tuberculeux en stations de cure. *La Médecine*, mai 1939.
- BERNARD (L.). — La prophylaxie sociale de la tuberculose. *Presse Médicale*, 18 septembre 1920.
- BERNARD (L.) et POIX (G.). — Etat actuel de la lutte anti-tuberculeuse en France. *Clinique et Laboratoire*, 20 avril 1927.
- BERNARD (L.). — Influence des progrès du diagnostic, du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose sur l'organisation de la lutte anti-tuber-

- culeuse. *Revue de phtisiologie médico-sociale*, juillet-août 1932.
- BERNARD (L.) et POIX (G.). — L'armement anti-tuberculeux français (1934).
- BERTHET (E.). — Le dépistage de la tuberculose pulmonaire par la radioscopie systématique en milieu scolaire. *Lyon Médical*, 14 novembre 1937.
- BEZANÇON (F.) et ARNOULD (E.). — Nouvel aspect du problème de la tuberculose chez les noirs. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 6 juillet 1937.
- BEZANÇON (F.). — L'orientation actuelle de la lutte anti-tuberculeuse. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 22 février 1938.
- BRAUN (P.) et FREY-RAGU. — L'importance du facteur moral chez l'adulte et chez l'enfant dans l'éclatement de la tuberculose pulmonaire; conséquences *cale*, 16 juillet 1930, et *Hauteville Médical*, février prophylactiques et thérapeutiques. *Presse Médicale*, 1938.
- BROUARDEL (G.) et ARNAUD (J.). — La question des sanatoriums. *Paris Médical*, 3 janvier 1931.
- L'organisation anti-tuberculeuse française, 1934.
- BURNET (E.). — Principes généraux de la prophylaxie de la tuberculose. *Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations*, N° 4, décembre 1932.
- Prophylaxie de la tuberculose. Applications en Europe (1933).
- COURCOUX (A.). — De quelques indications au sujet du travail des tuberculeux. *Revue Médico-Sociale*,
- COURMONT (P.). — Evolution des idées médicales et sociales sur la tuberculose. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1932.

- COUVE (Ph.). — Travail et tuberculose. L'expérience de Camerlata. *Presse Médicale*, 24 juillet 1937.
- DÈBRE (R.) et LELONG (M.). — Sur la prophylaxie de la tuberculose. *Monde Médical*, 1^{er}-15 juin 1935.
- Conséquences pratiques des notions acquises sur le début de la tuberculose chez l'enfant. Son dépistage et son traitement. *Presse Médicale*, 27 novembre 1937.
- DELORE (P.), COUDERT et DESRICHARD. — Sur le caractère familial de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. *Lyon Médical*, 9 octobre 1938.
- DEVRAIGNE (L.). — Le taudis. *La Médecine Internationale*, août-septembre 1938.
- DUMAREST (F.), BRETTE (P.), LELONG (J.), PHILIP (L.) et ROUGY (P.). — Le travail et la profession dans la tuberculose pulmonaire. *Journée Médicale d'Hauteville*, 20 juin 1937.
- DUVAL (R.). — La tuberculose, mal social. *Courrier Médical*.
- FABRE (A.). — La reprise du travail et l'avenir social des tuberculeux pulmonaires. *Thèse*, Lyon, 1937.
- La réadaptation au travail, l'avenir social des tuberculeux pulmonaires. *Le Dauphiné Médical*, septembre 1937.
- GIRARD (A.). — Notes sur l'armement anti-tuberculeux. *Gazette Médicale de France*, 15 décembre 1931.
- GODARD (J.- P.). — Les assurances sociales et la lutte anti-tuberculeuse. *Thèse* Paris, 1931.
- GRENAUDIER. — La récupération des tuberculeux. *Le Mouvement Sanitaire*, février 1937.
- LUMIÈRE (A.). — Sur la prophylaxie de la tuberculose. *L'Avenir Médical*, avril 1934.
- MASSE. — Récupération post-sanatoriale. *Le Mouvement sanitaire*, avril 1936.

- MIGNOT (R.) et MOLLARD (H.). — L'Encyclopédie médico-chirurgicale. — Poumon.
- MOLLARD (H.). — Heurs et malheurs des sanatoriums français. *Les Cahiers de Climatologie*, 15 novembre 1937.
- RIST (E.), REYT (P.) et TUCHILA (J.). — La cuti-réactivité à la tuberculose chez les élèves de l'Ecole d'Infirmières de la Salpêtrière. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 11 janvier 1938.
- RIST (E.) — Le dépistage systématique de la tuberculose dans les groupes humains et la primo-infection de l'adulte. *Journal Médical de Leysin*, mars-avril 1939.
- SERGEANT (E.) et TURPIN (R.). — Les facteurs de terrains, autres que l'allergie dans l'infection tuberculeuse. *Revue de la Tuberculose*, n° 2, avril 1927.
- SERGEANT (E.). — Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. (Masson et Cie, 1933.)
- SERGEANT (E.) et TURPIN (R.). — Le terrain tuberculisable. *Le Mouvement Sanitaire*, novembre-décembre 1934.
- SERGEANT (E.). — Quelques réflexions sur le rôle de la contagion et de l'hérédité dans la tuberculisation. *Journal Médical de Leysin*, février 1936.
- A propos de la communication de M. Bezançon sur l'orientation actuelle de la lutte anti-tuberculeuse. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 8 mars 1938.
- TRIOULET. — Lutte anti-tuberculeuse et santé publique. *Gazette de la Santé Publique*, janvier 1937.
- VALTIS (J.). — Facteurs sociaux et prophylaxie de l'infection tuberculeuse. *Encyclopédie médico-chirurgicale*.
- VINCENTI (Ch.). — En face du problème de la tuberculose. *Bulletin Médical*, 17 octobre 1936.

